

## PARAMETRY SZYNY WYCIĄGOWO-REHABILITACYJNEJ DO LECZENIA RUCHEM BIERNYM Z MOŻLIWOŚCIĄ ZASTOSOWANIA WYCIĄGÓW.

| Lp  | Parametr  | Tak/nie | Oferowany parametr -opisać |
|-----|---|---------|----------------------------|
| 1.  | Szyna przystosowana do leczenia i rehabilitacji kończyn dolnych ruchem biernym.   |         |                            |
| 2.  | Możliwość zastosowania wyciągów.  |         |                            |
| 3.  | Szyna przystosowana do pracy z obciążnikami w zakresie min. 5 – 30kg. (+/- 2kg).  |         |                            |
| 4.  | Ramki nośne szyny wykonane z profili ze stali konstrukcyjnej lakierowanej proszkowo, elementy wysuwane i suwliwe ze stali nierdzewnej.                                |         |                            |
| 5.  | Dostosowanie szyny do parametrów kończyny pacjenta za pomocą mechanizmów teleskopowych blokowanych gałką.   |         |                            |
| 6.  | Długość szyny regulowana w zakresie 800-1100mm (+/- 100mm).   |         |                            |
| 7.  | Szerokość szyny 300mm (+/- 60mm).   |         |                            |
| 8.  | Szyna wyposażona w zestaw rolek w górnej i dolnej ramce do przeprowadzania wyciągów zrównoważonych za pomocą linek.   |         |                            |
| 9.  | Możliwość regulacji zestawu rolkowego do wyciągu w dwóch płaszczyznach – lewo - prawo i góra- dół.  |         |                            |
| 10. | Szyna wyposażona w dwa materacyki z pianki powleczonej obszyciem wykonanym z materiału oddychającego nie przepuszczającego płynów dostosowane do wymiarów urządzenia. |         |                            |
| 11. | Kąt zgięcia kończyny w kolanie 0°-100° (+/- 10°)  |         |                            |
| 12. | Kąt zgięcia kończyny w biodrze 20°-100° (+/- 10°)   |         |                            |
| 13. | W dolnej ramce szyny wysuwane zderzaki zapobiegające zsuwaniu szyny z łóżka.  |         |                            |
| 14. | Szyna wyposażona w pilota przewodowego  |         |                            |
| 15. | Elektroniczne nastawienie długości czasu ćwiczeń  |         |                            |
| 16. | Elektroniczna regulacja kąta zgięcia szyny  |         |                            |
| 17. | Elektroniczna regulacja zmiany prędkości szyny, również w trakcie ćwiczeń   |         |                            |
| 18. | Gwarancja 24 miesiące- szyna nowa, nieużywana   |         |                            |
| 19. | W okresie gwarancji przeglądy serwisowe- jeśli wymagane przez producenta  |         |                            |

Nazwa.....

typ.....

rok produkcji.....

.....  
podpis

## ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH SZYNY WYCIĄGOWO-REHABILITACYJNEJ DO LECZENIA CZYNNOŚCIOWEGO

| Lp  | Parametr  | Tak/nie | Oferowany parametr -opisać |
|-----|---|---------|----------------------------|
| 1.  | Szyna przystosowana do leczenia czynnościowego i rehabilitacji kończyn dolnych.   |         |                            |
| 2.  | Możliwość zastosowania wyciągów.  |         |                            |
| 3.  | Szyna przystosowana do pracy z obciążnikami w zakresie min. 5 – 20kg. (+/- 2kg).  |         |                            |
| 4.  | Ramki nośne szyny wykonane z profili ze stali konstrukcyjnej lakierowanej proszkowo, elementy wysuwane i suwliwe ze stali nierdzewnej.                                |         |                            |
| 5.  | Do stosowanie szyny do parametrów kończyny pacjenta za pomocą mechanizmów teleskopowych blokowanych gałką.  |         |                            |
| 6.  | Długość szyny regulowana w zakresie 800-1100mm (+/- 100mm).   |         |                            |
| 7.  | Szerokość szyny 300mm (+/- 60mm).   |         |                            |
| 8.  | Szyna wyposażona w zestaw rolek w górnej i dolnej ramce do przeprowadzania wyciągów zrównoważonych za pomocą linek.   |         |                            |
| 9.  | Możliwość regulacji zestawu rolkowego do wyciągu w dwóch płaszczyznach – lewo - prawo i góra- dół.  |         |                            |
| 10. | Szyna wyposażona w dwa materacyki z pianki powleczonej obszyciem wykonanym z materiału oddychającego nie przepuszczającego płynów dostosowane do wymiarów urządzenia. |         |                            |
| 11. | Kąt zgięcia kończyny w kolanie 0°-100° (+/- 10°)  |         |                            |
| 12. | Kąt zgięcia kończyny w biodrze 0°-100° (+/- 10°)  |         |                            |
| 13. | Szyna wyposażona w kabłąk i uchwyt do ćwiczeń   |         |                            |
| 14. | Możliwość ograniczenia ruchu szyny w dowolnym zakresie za pomocą blokad   |         |                            |
| 15. | W dolnej ramce szyny wysuwane zderzaki zapobiegające zsuwaniu szyny z łóżka.  |         |                            |
| 16. | Gwarancja 24 miesiące- szyna nowa, nieużywana   |         |                            |
| 17. | W okresie gwarancji przeglądy serwisowe- jeśli wymagane przez producenta  |         |                            |

Nazwa.....

typ.....

rok produkcji.....

.....  
podpis

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**Przedmiot zamówienia: **Wózek medyczny z nadstawką- 1szt.**

Nazwa.....typ.....rok produkcji.....

| Lp.                     | Opis parametrów wymaganych  | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|-------------------------|---|-------------------|--------------------|
| <b>WYMAGANIA OGÓLNE</b> |   |                   |                    |
| 1.                      | Wózek anestezyjologiczny 5 szufladowy   | TAK               |                    |
| 2.                      | Wymiary wózka:<br>- max. Szerokość: 650 mm-760mm<br>- max. Głębokość 475 mm- 520mm<br>- max. Wysokość: 970 mm-1020mm  | TAK podać         |                    |
| 3.                      | Trzy uchwyty do przetaczania wózka umieszczone na blacie głównym po bokach i z tyłu wózka. Uchwyt stanowiący także zabezpieczenie przed zsuwaniem się pojemników z blatu roboczego.   | TAK               |                    |
| 4.                      | Górny blat roboczy wykonany z płyty ze stali nierdzewnej  | TAK               |                    |
| 5.                      | Stabilna konstrukcja nadstawki na leki wykonana ze stali pokrytej lakierem proszkowym. Nadstawka z 10 uchylnymi plastikowymi pojemnikami zamykanymi centralnym zamkiem na kluczyk.  | TAK               |                    |
| 6.                      | Metalowa nadstawka na leki z możliwością regulacji wysokości w zakresie min 20 cm.<br>Ułatwiająca korzystanie z wózka zarówno osobą o niskim jak i wysokim wzroście.  | TAK               |                    |
| 7.                      | Fronty szuflad wykonane ze stopu aluminiowego, uchwyty szuflad wykonane z ABS. Kolor frontów do wyboru przez zamawiającego min. 4   | TAK               |                    |
| 8.                      | Trzy szuflady wyposażone w wyciągane podziałki służące odpowiedniej segregacji leków.   | TAK               |                    |
| 9.                      | Minimalna nośność szuflady 50 kg  | TAK               |                    |
| 10.                     | Centralny zamek zamykający wszystkie szuflady (zamek umieszczony z prawej strony wózka)   | TAK               |                    |
| 11.                     | Wózek wyposażony jest w 4 podwójne cichobieżne kółka (o średnicy ok. 100 mm) min.2 z blokadą  | TAK               |                    |
| 12.                     | Wysokość szuflad ( kolejność od blatu ):<br>1) min. 110 mm,<br>2) min. 110 mm,<br>3) min. 110 mm,<br>4) 140 -150 mm,<br>5) 140 - 193 mm   | TAK, podać        |                    |
| 13.                     | Wyposażenie:<br>- metalowa nadstawka anestezyjologiczna na lekarstwa zamykana na kluczyk,<br>- dodatkowy wysuwany blat roboczy z boku wózka,<br>- dwa kosze plastikowe (pojemność każdego z koszy min. 6l )<br>- druczany kosz na akcesoria medyczne ( wymiary ok.: długość: 23 x głębokość: 10 x wysokość:11cm) a w nim pojemnik na zużyte igły. | TAK               |                    |
| 14.                     | Wózek fabrycznie nowy, nieużywany, rok prod. 2014   | TAK               |                    |
| 15.                     | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK               |                    |

.....  
PODPIS

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**Przedmiot zamówienia: **Wózek medyczny – 1szt.**

Nazwa.....typ.....rok produkcji.....

| Lp.                     | Opis parametrów wymaganych  | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|-------------------------|---|-------------------|--------------------|
| <b>WYMAGANIA OGÓLNE</b> |   |                   |                    |
| 1.                      | Wózek anestezjologiczny 5 szufladowy  | TAK               |                    |
| 2.                      | Wymiary wózka:<br>- max. Szerokość: 650 mm-760mm<br>- max. Głębokość 475 mm- 520mm<br>- max. Wysokość: 970 mm-1020mm  | TAK podać         |                    |
| 3.                      | Trzy uchwyty do przetaczania wózka umieszczone na blacie głównym po bokach i z tyłu wózka. Uchwyt stanowiący także zabezpieczenie przed zsuwaniem się pojemników z blatu roboczego.   | TAK               |                    |
| 4.                      | Górny blat roboczy wykonany z płyty ze stali nierdzewnej  | TAK               |                    |
| 5.                      | Fronty szuflad wykonane ze stopu aluminiowego. uchwyty szuflad wykonane z ABS. Kolor frontów do wyboru przez zamawiającego min.4  | TAK               |                    |
| 6.                      | Trzy szuflady wyposażone w wyciągane podziałki służące odpowiedniej segregacji leków.   | TAK               |                    |
| 7.                      | Minimalna nośność szuflady 50 kg  | TAK               |                    |
| 8.                      | Centralny zamek zamykający wszystkie szuflady (zamek umieszczony z prawej strony wózka)   | TAK               |                    |
| 9.                      | Wózek wyposażony jest w 4 podwójne cichobieżne kółka (o średnicy ok. $\Phi$ 100mm) min.2 z blokadą  | TAK               |                    |
| 10.                     | Wysokość szuflad ( kolejność od blatu ):<br>1) min. 110 mm,<br>2) min. 110 mm,<br>3) min. 110 mm,<br>4) 140 -150 mm,<br>5) 140 - 193 mm   | TAK, podać        |                    |
| 11.                     | Wyposażenie:<br>- metalowa nadstawka anestezjologiczna na leki zamykana na kluczyk,<br>- dodatkowy wysuwany blat roboczy z boku wózka,<br>- dwa kosze plastikowe (pojemność każdego z koszy min. 6l )<br>- druciany kosz na akcesoria medyczne ( wymiary ok.: długość: 23 x głębokość: 10 x wysokość:11cm) a w nim pojemnik na zużyte igły. | TAK, podać        |                    |
| 12.                     | Wózek fabrycznie nowy, nieużywany, rok prod. 2014   |                   |                    |
| 13.                     | Gwarancja min. 24 miesiące  |                   |                    |

.....  
PODPIS

**CIŚNIENIOMIERZ ELEKTRONICZNY JEZDNY- 1 szt.**

| Nazwa oferowanego ciśnieniomierza..... Rok produkcji..... |   |                   |                    |
|---|---|-------------------|--------------------|
| Typ..... Producent.....                                   |   |                   |                    |
| I.p.  | Opis wymaganego parametru   | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1   | Elektroniczny ciśnieniomierz, przeznaczony do zastosowań klinicznych  | <b>TAK</b>        |                    |
| 2   | Duży, kolorowy wyświetlacz LCD  | <b>TAK</b>        |                    |
| 3   | Zakres pomiaru ciśnienia: min. 0 – 300 mmHG   | <b>TAK</b>        |                    |
| 4   | Zakres pomiaru pulsu: min. 35-190 u/min   | <b>TAK</b>        |                    |
| 5   | Moduł pomiaru ciśnienia na min. 150 000 cykli   | <b>TAK</b>        |                    |
| 6   | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, średniego, pulsu, daty, godziny, numeru kolejnego odczytu i poziomu naładowania akumulatora   | <b>TAK</b>        |                    |
| 7   | Czas pomiaru: max.15 s.   | <b>TAK</b>        |                    |
| 8   | Wewnętrzna pamięć: min. 50 ostatnich pomiarów   | <b>TAK</b>        |                    |
| 9   | Mankiet wielorazowy wykonany z tworzywa sztucznego – zapinany na rzep, przystosowany do mycia i dezynfekcji poprzez całkowite zanurzenie, z powłoką antybakteryjną, niezawierający lateksu, przewód mankieta obrotowy o 360°, łatwa wymiana mankieta na inny rozmiar, bez odkręcania przewodów  | <b>TAK</b>        |                    |
| 10  | Na wyposażeniu mankiety wielorazowe (opisane w poz.9) po 2 sztuki w rozmiarach ( obwód ramienia):<br>1) 12-16 cm ( +/- 1cm)<br>2) 15-21 cm ( +/- 1cm)<br>3) 20-26 cm ( +/- 1cm)<br>4) 25-34 cm ( +/- 1cm)   | <b>TAK podać</b>  |                    |
| 11  | Zasilanie akumulatorowe ( akumulatory w zestawie)   | <b>TAK</b>        |                    |
| 12  | Akumulatory litowo – jonowe, min. 100 pomiarów przy w pełni naładowanych akumulatorach, w wyposażeniu   | <b>TAK</b>        |                    |
| 13  | Ładowarka umożliwiająca ładowanie ciśnieniomierza z zasilania 230V  | <b>TAK</b>        |                    |
| 14  | Obudowa ciśnieniomierza z kolorystycznym wyróżnieniem stref podlegających szczególnej dezynfekcji ze względu na bezpośredni kontakt z użytkownikiem, np. uchwyty, przyciski   | <b>TAK</b>        |                    |
| 15  | Wymiary: 15.0 cm / 8 cm / 5.6 cm ± 10%<br>Waga: 450 g ± 10%   | <b>TAK</b>        |                    |
| 16  | Dokładność pomiaru ciśnienia tętniczego zgodna ze standardami ANSI.AAMI SP10:2002 lub równoważne  | <b>TAK</b>        |                    |
| 17  | Urządzenie spełnia wymagania norm:<br>EN/IEC 60601-1<br>EN/IEC 60601-1-2<br>EN 1060-1:1996 Specyfikacje nieinwazyjnych sfigmomanometrów - Część 1: Wymagania ogólne<br>EN 1060-3:1997 Specyfikacje nieinwazyjnych sfigmomanometrów - Część 3: Wymagania dodatkowe lub równoważne dotyczące elektromechanicznych systemów do pomiaru ciśnienia krwi lub równoważne | <b>TAK</b>        |                    |
| 18  | FABRYCZNIE NOWE, NIEPOWYSTAWOWE - ROK PRODUKCJI 2014  | <b>TAK</b>        |                    |
| 19  | GWARANCJA MINIMUM 12 MIESIĘCY   | <b>TAK</b>        |                    |

.....  
podpis

**OTOSKOP- 1szt.**

Nazwa oferowanego urządzenia..... Rok produkcji.....

Typ..... Producent.....

| l.p. | Opis wymaganego parametru   | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|------|---|-------------------|---------------------|
| 1.   | KIESZONKOWY   | TAK               |                     |
| 2.   | OŚWIETLENIE ŚWIATŁOWODOWE   | TAK               |                     |
| 3.   | ŻARÓWKA LED   | TAK               |                     |
| 4.   | ŚWIATŁO min. 20 000 lux   | TAK               |                     |
| 5.   | ODCHYLANE OKIENKO WZIERNE Z 3x POWIĘKSZENIEM  | TAK               |                     |
| 6.   | NA WYPOSAŻENIU – min. 4 WZIERNIKI WIELORAZOWE ( min.2szt.- rozm.2,5mm i 2szt. rozm. 4mm)            | TAK               |                     |
| 7.   | NA WYPOSAŻENIU - 10 WZIERNIKÓW JEDNORAZOWYCH ( min.5szt.- rozm.2,5mm i 5 szt. rozm. 4mm)            | TAK               |                     |
| 8.   | ZASILANIE BATTERYJNE- BATERIE W ZESTAWIE  | TAK               |                     |
| 9.   | PORT DO WYKONANIA TESTU PNEUMATYCZNEGO  | TAK               |                     |
| 10.  | URZĄDZENIE FABRYCZNIE NOWE, NIEPOWYSTAWOWE - ROK PRODUKCJI 2014                                     | TAK               |                     |
| 11.  | TRWAŁA, ODPORNA NA WSTRZĄSY KONSTRUKCJA   | TAK               |                     |
| 12.  | RĘKOJEŚĆ WYKONANA Z TWORZYWA SZTUCZNEGO Z CHROMOWANYM WYKOŃCZENIEM LUB METALOWA                     | TAK               |                     |
| 13.  | KONSTRUKCJA UMOŻLIWIAJĄCA AUTOMATYCZNE WYŁĄCZENIE URZĄDZENIA PODCZAS WSUWANIA DO KIESZENI LUB ETUI  | TAK               |                     |
| 14.  | ODCHYLANE OKIENKO WZIERNE   | TAK               |                     |
| 15.  | NA WYPOSAŻENIU ETUI   | TAK               |                     |
| 16.  | INSTRUKCJA W JĘZYKU POLSKIM   | TAK               |                     |
| 14.  | DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE DOPUSZCZENIE DO OBROTU I STOSOWANIA ZGODNIE Z USTAWĄ O WYROBACH MEDYCZNYCH | TAK               |                     |
| 15.  | GWARANCJA MINIMUM 24 MIESIĄCE   | TAK               |                     |

.....  
podpis

## ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH

Przedmiot zamówienia: Wielofunkcyjne łóżko elektryczne – 18 szt.

| Lp.              | Opis parametrów wymaganych   | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|------------------|--|-------------------|--------------------|
| WYMAGANIA OGÓLNE |  |                   |                    |
| 1.               | Nazwa oferowanego urządzenia:<br>Producent:<br>Typ:<br>Rok produkcji: 2014   | TAK Podać         |                    |
| 2.               | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości.  | TAK               |                    |
| 3.               | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w minimum 8 punktach, gwarantująca stabilność leża (nie dopuszcza się łózek opartych na dwóch i trzech kolumnach).  | TAK Podać         |                    |
| 4.               | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 140 mm umożliwiającą łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych.   | TAK Podać         |                    |
| 5.               | Wymiary zewnętrzne łóżka:<br>– Długość całkowita: 2000- 2180 mm<br>– Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami wynosi max. 990 mm (wymiar leża 860 -870mm x 1960-2000mm)   | TAK Podać         |                    |
| 6.               | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome  | TAK Podać         |                    |
| 7.               | Zasilanie elektryczne 220/230 V  | TAK               |                    |
| 8.               | Łóżko spełniające wymagania normy IP-66 lub równoważnej  | TAK               |                    |
| 9.               | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 lub równoważnej (dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu)  | TAK               |                    |
| 10.              | Elektryczne regulacje:<br>- segment oparcia pleców 0-75° (± 5°) z optycznym wskaźnikiem kąta przechyłu,<br>- segment uda 0-45° (± 8°),<br>- kąt przechyłu Trendlenburga 0-20° (± 2°),<br>- kąt przechyłu anty-Trendlenburga 0-20° (± 2°),<br>- regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym.  | TAK Podać         |                    |
| 11.              | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie: 380 do 820 mm (± 10 mm)  | TAK Podać         |                    |
| 12.              | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z podświetlanymi klawiszami umożliwiającymi łatwe sterowanie łóżkiem w nocy. Pilot z możliwością blokady funkcji przez personel medyczny.  | TAK               |                    |
| 13.              | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łóżka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych oraz uzyskiwanych za pomocą jednego przycisku funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego. Posiada również optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. | TAK               |                    |
| 14.              | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego, szybkiego poziomowania – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym<br>Autokontur segmentu oparcia pleców<br>Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta  | TAK               |                    |
| 15.              | Leże wypełnione płytami z polipropylenu odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odcinane bez użycia narzędzi.  | TAK               |                    |
| 16.              | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego  | TAK               |                    |
| 17.              | Szczyt łóżka wypełnione płytą tworzywową (HPL) o grubości 10 mm (± 2 mm)- odcinane bez użycia narzędzi, umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta zarówno od strony nóg jak i głowy z możliwością wykorzystania płyty jako deska reanimacyjna.  | TAK Podać         |                    |
| 18.              | Łóżko wyposażone w opuszczane aluminiowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości bez wolnej przestrzeni pomiędzy szczytem a barierką nawet w przypadku wydłużenia leża (zintegrowane ze szczytem łóżka). Elastyczne listwy odbojowe  | TAK               |                    |

|     |  |           |  |
|-----|--|-----------|--|
|     | umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa: EN 60601-2-52 lub równoważną   |           |  |
| 19. | Wysuwana półka do odkładania pościeli, nie wystająca poza obrys ramy łóżka   | TAK       |  |
| 20. | Możliwość zamontowania po dwóch stronach łóżka uchwytów na worki urologiczne.  | TAK       |  |
| 21. | W narożnikach leżą 4 krążki odbojowe a od strony głowy krążki dwuosiowe chroniące ściany i łóżko podczas zmiany położenia w pozycji wertykalnej i horyzontalnej.   | TAK       |  |
| 22. | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca przy min. dwóch segmentach leżą, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. Uchwyty tworzywowe wyposażone w kątomierze po dwóch stronach przy segmencie wezgiłowia.   | TAK       |  |
| 23. | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową.   | TAK PODAĆ |  |
| 24. | Bezpieczne obciążenie min. 250 kg potwierdzone przez niezależny podmiot.   | TAK PODAĆ |  |
| 25. | Możliwość montażu ramy wyciągowej, wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki   | TAK       |  |
| 26. | Możliwość wyboru kolorów (min.10): wypełnień szczytów (w tym POMARAŃCZOWY ) oraz kolorów ramy łóżka (w tym SZARY i BIAŁY)  | TAK PODAĆ |  |
| 27. | Elementy wyposażenia łóżek:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>– Materac dopasowany do ramy leża z pianki poliuretanowej w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nieprzenikliwy dla cieczy. Materac z możliwością wymiany pokrowca, pokrowiec z zamkiem błyskawicznym obszyty w literę „L” z okapnikiem, grubość minimum 10 cm, odporny na dezynfekcję. Pokrowiec materaca lub tkanina, z której jest wykonany winien posiadać Opinię laboratoryjną potwierdzającą właściwości nieprzepuszczalności drobnoustrojów wydaną przez uprawniony do tego podmiot. – <b>18 szt.</b></li> <li>– Wieszak kroplówki lakierowany pod kolor ramy łóżka, część ruchoma chromowana – <b>16 szt.</b></li> <li>– Wysięgnik z uchwytem do ręki ze stali nierdzewnej – <b>2 szt.</b></li> <li>– Uchwyt na worki urologiczne chromowany – <b>2 szt.</b></li> <li>– Podwójna rama wyciągowa wykonana z okrągłych rur (stal węglowa, chromowana) (wyposażona w wieszak kroplówki 1 szt., uchwyt do ręki 2 szt., 3szt rolek wyciągowych) – <b>2 kpl.</b></li> <li>– Łóżko wyposażone w przezroczystą akrylową tabliczkę imienną montowaną do rury szczytu – <b>18 szt.</b></li> </ul> | TAK       |  |
| 28. | Każde łóżko wyposażone w zapasowy pilot sterujący.   | TAK       |  |
| 29. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,</li> <li>• WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych,</li> <li>• Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,</li> <li>• Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych</li> </ul> Lub równoważne  | TAK       |  |
| 30. | Gwarancja min. 36 miesięcy   | TAK PODAĆ |  |
| 31. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat   | TAK PODAĆ |  |
| 32. | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat  | TAK PODAĆ |  |
| 33. | Czas reakcji serwisu max. 72 godz.   | TAK PODAĆ |  |
| 34. | Serwis gwarancyjny, zgodny z zaleceniem producenta minimum, co 36 miesięcy:<br>- pod koniec upływu gwarancji min. jeden przegląd,<br>- po trzech latach od upływu gwarancji min. jeden raz.  | TAK PODAĆ |  |
| 35. | Przedmiot zamówienia obejmujący montaż i przeszkolenie personelu   | TAK       |  |

.....  
podpis



## ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH

Przedmiot zamówienia: Łóżko dziecięce z wysokimi barierkami – 3 szt.

| Lp.              | Opis parametrów wymaganych  | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|------------------|---|-------------------|--------------------|
| WYMAGANIA OGÓLNE |   |                   |                    |
| 1.               | Nazwa oferowanego urządzenia:<br>Producent:<br>Typ:<br>Rok produkcji  | PODAĆ             |                    |
| 2.               | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV  | TAK               |                    |
| 3.               | Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne  | TAK               |                    |
| 4.               | Wymiary zewnętrzne łóżka:<br>– Długość całkowita: 1600 mm ( $\pm$ 70 mm),<br>– Szerokość całkowita: 800 mm ( $\pm$ 20 mm),<br>– Wysokość całkowita: 1700 mm ( $\pm$ 20 mm),<br>Wymiary leża: 1350 mm x 700 mm ( $\pm$ 20 mm),   | TAK PODAĆ         |                    |
| 5.               | Leże łóżka 1 segmentowe   | TAK PODAĆ         |                    |
| 6.               | Rama leża wypełniona metalową, lakierowaną siatką   | TAK               |                    |
| 7.               | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe chroniące łóżko przed uderzeniami oraz otarciami   | TAK               |                    |
| 8.               | Możliwość zamontowania w przyszłości wieszaka kroplówki   | TAK               |                    |
| 9.               | Regulacja przechyłów Trendelenburga, anty-Trendelenburga oraz regulacja wysokości dokonywane ręcznie systemem zapadkowym:<br>Regulacja wysokości leża: 750 - 900 mm ( $\pm$ 20 mm),<br>Regulacja kąta przechyłu Trendelenburga: 0-7°,<br>Regulacja kąta przechyłu anty-Trendelenburga: 0-7°.  | TAK PODAĆ         |                    |
| 10.              | Zintegrowane barierki regulowane skokowo w zakresie: 1030 - 1550 mm ( $\pm$ 20 mm)  | TAK PODAĆ         |                    |
| 11.              | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w 4 koła o średnicy 100 mm, w tym min. 2 z blokadą jazdy i obrotu – koła osłonięte tworzywową osłoną.  | TAK PODAĆ         |                    |
| 12.              | Możliwość wyboru koloru ramy łóżka z pośród min. 10 kolorów   | TAK PODAĆ         |                    |
| 13.              | Bezpieczne obciążenie łóżka min. 50 kg.   | TAK PODAĆ         |                    |
| 14.              | <b>Elementy wyposażenia łóżka:</b><br>– Materac dopasowany do ramy leża, Pianka poliuretanowa w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nieprzenikliwy dla cieczy. Materac z możliwością wymiany pokrowca, pokrowiec z zamkiem błyskawicznym obszyty w literę „L” z okapnikiem, grubość minimum 8 cm, odporny na dezynfekcję. <b>Pokrowiec materaca lub tkanina, z której jest wykonany winien posiadać Opinię laboratoryjną potwierdzającą właściwości nieprzepuszczalności drobnoustrojów wydaną przez uprawniony do tego podmiot. – 3 szt.</b><br>– rama wyciągowa wyposażona w rolkę, wysięgnik oraz wieszak kroplówki – 2 szt. | TAK PODAĆ         |                    |
| 15.              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,</li> <li>• WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych</li> </ul>   | TAK               |                    |
| 16.              | Gwarancja min. 36 miesięcy  | TAK PODAĆ         |                    |
| 17.              | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat  | TAK               |                    |
| 18.              | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat   | TAK               |                    |
| 19.              | Czas reakcji serwisu max. 72 godz.  | TAK               |                    |

.....  
podpis

## ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH

zał. 3.25c do SIWZ

Przedmiot zamówienia: Szafka Przyłóżkowa z Białem Boczny – 21 szt.

| Lp.              | Opis parametrów wymaganych  | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|------------------|---|-------------------|--------------------|
| WYMAGANIA OGÓLNE |   |                   |                    |
| 1.               | Nazwa oferowanego urządzenia:<br>Producent:<br>Typ:<br>Rok produkcji: 2014  | TAK               |                    |
| 2.               | Korpus szafki wykonany z profili aluminiowych. Ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z ocynkowanej stali pokrytej lakierem poliestrowo-epoksydowym. Biał szafki oraz czoła szuflad wykonane z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL (o grubości min. 6 mm)   | TAK               |                    |
| 3.               | Tylna część biału szafki wyposażona w aluminiowy reling posiadający tworzywowy haczyk na rącznik z możliwością demontażu oraz przesuwania na całej jego długości. Boczne krawędzie biału szafki zabezpieczone aluminiowe listwy w kształcie litery C.   | TAK               |                    |
| 4.               | Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami półka na prasę o wysokości min. 150 mm. – dostęp do półki od frontu szafki.  | TAK PODAĆ         |                    |
| 5.               | Szuflada górna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem na 3 części. Wysokość szuflady min. 110 mm. Szuflada wysuwana spod górnego biału szafki na prowadnicach rolkowych umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie.  | TAK PODAĆ         |                    |
| 6.               | Szuflada dolna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji dzielący wnętrze szuflady na 3 części. Jedna z części ma pełnić funkcję uchwytu na 2 butelki o pojemności min. 1,5 l, uchwyt na butelki z możliwością jego demontażu. Wysokość szuflady min. 350 mm. Szuflada wyposażona w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie.   | TAK PODAĆ         |                    |
| 7.               | Wymiary zewnętrzne:<br>- wysokość - 900 mm (± 20mm)<br>- szerokość szafki - 460 mm (± 20mm)<br>- szerokość szafki z zamontowanym, złożonym białem bocznym - 550 mm (± 20mm)<br>- szerokość przy rozłożonym biału - 1150 mm (± 20mm)<br>- głębokość - 470 mm (± 20mm)  | TAK PODAĆ         |                    |
| 8.               | Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty w kolorze stalowym.   | TAK               |                    |
| 9.               | Pod dolną szufladą półka na rzeczy podręczne pacjenta (np. obuwie) wykonana z tworzywa ABS. Dostęp do półki tylko od frontu szafki  | TAK               |                    |
| 10.              | Szafka wyposażona w biał boczny z bezstopniową regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej z możliwością regulacji kąta pochylecia biału ok. 30° i ok. 60° w jedną i drugą stronę.<br>Sprężyna gazowa osłonięta w aluminiowej, prostokątnej obudowie. Mechanizm unoszenia oraz zwalniania biału umieszczony w tworzywowej, ergonomicznej manetce umieszczonej na wysokości biału głównego szafki, nie wymuszającej konieczności pochylecia się celem rozłożenia lub uniesienia biału bocznego. | TAK               |                    |
| 11.              | Regulacja biału bocznego w zakresie: 750 - 1100 mm (± 20mm)   | TAK PODAĆ         |                    |
| 12.              | Biał półki bocznej wykonany z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL (o grubości min. 6 mm), wspornik biału osłonięty zaokrągloną osłoną wykonaną z aluminium, min. dwie krawędzie zabezpieczone aluminiowym relingiem w kształcie litery C.   | TAK PODAĆ         |                    |
| 13.              | Biał Boczny z możliwością jego rozłożenia na każdej wysokości bez konieczności odsuwania szafki od łóżka oraz bez konieczności obrotu biału o kąt 180°. Rozkładanie biału bocznego rozpoczyna się poprzez odchylenie górnej krawędzi biału na zewnątrz(górna krawędź wyposażona w tworzywowy uchwyt wystający poza obris biału) nie dopuszcza się rozwiązania odwrotnego polegającego na odchyleniu dolnej krawędzi biału – wymuszającej konieczność pochylecia się                               | TAK               |                    |

|     |  |           |  |
|-----|--|-----------|--|
|     | oraz odsuwania szafki od krawędzi łóżka.   |           |  |
| 14. | Łatwo odejmowany blat boczny z możliwością zamocowania z lewej lub prawej strony szafki (bez użycia narzędzi – łatwy szybki montaż i demontaż bez konieczności odkręcania śrub)  | TAK       |  |
| 15. | Szafka wyposażona w 4 podwójne koła jezdne w tym min. 2 z blokadą, o śr. min. 52 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem. Blat boczny szafki wyposażony w dodatkowe 5 koło zapewniające większą stabilność podczas spożywania posiłków – piąte koło znajduje się centralnie pod obudową sprężyny gazowej. | TAK PODAĆ |  |
| 16. | Konstrukcja szafki przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do użycia w szpitalach  | TAK       |  |
| 17. | Fronty szuflad oraz blaty dopasowane kolorystycznie do szczytów łóżek, konstrukcja szafki dopasowana do koloru ramy łóżka.   | TAK PODAĆ |  |
| 18. | Produkt dopuszczony do obrotu jako wyrób medyczny  | TAK       |  |
| 19. | Gwarancja min. 36 miesiące   | TAK PODAĆ |  |
| 20. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat   | TAK       |  |
| 21. | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat  | TAK       |  |
| 22. | Czas reakcji serwisu max. 72 godz.   | TAK       |  |
| 23. | Szafki fabrycznie nowe, niepowystawowe, rok prod.2014r   | TAK       |  |

.....  
 PODPIS

## ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH

Przedmiot zamówienia: Wózek do przewozu chorych w pozycji leżącej - 1 szt.

| Lp.                     | Opis parametrów wymaganych  | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|-------------------------|---|-------------------|--------------------|
| <b>WYMAGANIA OGÓLNE</b> |   |                   |                    |
| 1.                      | Nazwa oferowanego urządzenia:<br>Producent:<br>Typ:   | TAK               |                    |
| 2.                      | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym - kolor szary lub biały do wyboru przez Zamawiającego, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | TAK               |                    |
| 3.                      | Szerokość całkowita: 700 mm ( $\pm 30$ mm)  | TAK<br>PODAĆ      |                    |
| 4.                      | Długość całkowita: 2000 mm ( $\pm 50$ mm)   | TAK<br>PODAĆ      |                    |
| 5.                      | Wysokość regulowana za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie 600 - 900 mm ( $\pm 20$ mm)  | TAK<br>PODAĆ      |                    |
| 6.                      | Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: $0^{\circ}$ - $22^{\circ}$ ( $\pm 2^{\circ}$ ) – regulacja płynna  | TAK<br>PODAĆ      |                    |
| 7.                      | Pozycja anti-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: $0^{\circ}$ - $10^{\circ}$ ( $\pm 2^{\circ}$ ) – regulacja płynna   | TAK<br>PODAĆ      |                    |
| 8.                      | Leże min. dwusegmentowe wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG   | TAK               |                    |
| 9.                      | Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia na całej długości leża.  | TAK               |                    |
| 10.                     | Ruchomy segment oparcia pleców za sprężyny gazowej w zakresie: $0 - 70^{\circ}$ ( $\pm 5^{\circ}$ ) – regulacja płynna  | TAK<br>PODAĆ      |                    |
| 11.                     | Wózek wyposażony w barierki boczne chromowane, zabezpieczające pacjenta, składane wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku  | TAK               |                    |
| 12.                     | Wózek wyposażony w 4 krążki odbojowe  | TAK               |                    |
| 13.                     | Wyposażenie wózka:<br>- materac wyposażony w uchwyty umożliwiające przeniesienie pacjenta -1 szt.<br>- wieszak kroplówki – 1 szt.   | TAK               |                    |
| 14.                     | Wózek wyposażony w 4 koła o średnicy min. 150 mm z centralną blokadą kół w tym jedno z blokadą kierunkową.  | TAK               |                    |
| 15.                     | Dźwignia blokady centralnej dostępna przy każdym kole   | TAK               |                    |
| 16.                     | Podstawa wózka osłonięta obudową wykonaną z tworzywa ABS, umożliwia nam zamontowanie butli z tlenem oraz pełni funkcję kosza na podręczne rzeczy pacjenta.  | TAK               |                    |
| 17.                     | Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych spośród min. 10-ciu, w tym kolor pomarańczowy   | TAK<br>PODAĆ      |                    |
| 18.                     | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 250 kg   | TAK<br>PODAĆ      |                    |
| 19.                     | Produkt dopuszczony do obrotu jako wyrób medyczny   | TAK               |                    |
| 20.                     | Gwarancja min. 36 miesięcy  | TAK<br>PODAĆ      |                    |

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 21. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat                 | TAK |  |
| 22. | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres min. 10 lat | TAK |  |
| 23. | Czas reakcji serwisu 72 godz.  | TAK |  |
| 24. | Przedmiot zamówienia obejmuje montaż i przeszkolenie personelu         | TAK |  |

.....  
podpis

## ŁAŹNIA WODNA - 1 szt.

| Nazwa .....        |  |                   |                     |
|--------------------|--|-------------------|---------------------|
| Rok produkcji..... |  |                   |                     |
| Typ.....           |  |                   |                     |
| Producent.....     |  |                   |                     |
| l.p.               | Opis wymaganego parametru  | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
| 1                  | ŁAŹNIA WODNA OŚMIOSTANOWISKOWA   | TAK               |                     |
| 2                  | WYPOSAŻONA W WYŚWIETLACZ MIN. 4 CYFRY LED  | TAK               |                     |
| 3                  | WYPOSAŻONA W NIERDZEWNĄ, PERFOROWANĄ OSŁONĘ GRZAŁKI ZINTEGROWANĄ Z POKRYWĄ Z OŚMIOMA OTWORAMI FI 10  | TAK               |                     |
| 4                  | WYPOSAŻONA W OSIEM KRAŻKÓW REDUKCYJNYCH UMOŻLIWIAJĄCYCH WYGRZEWANIE JEDNOCZEŚNIE DO OŚMIU BUTELEK MANITOLU W BUTELKACH 250ml                                     | TAK               |                     |
| 5                  | WYPOSAŻONA W KOSZ I POKRYWĘ DASZKOWĄ TRANSPARENTNĄ Z POLIWĘGLANU- UMOŻLIWIAJĄCE WYGRZEWANIE JEDNOCZEŚNIE DO 8szt. WORECZKÓW 250ml (ROZMIAR WORECZKA ok. 27x10cm) | TAK               |                     |
| 6                  | WYMIARY WANNY ( D x S x G) ok. 505mm x 300mm x 200mm   | TAK               |                     |
| 7                  | WYMIARY ZEWNĘTRZNE ( D x S x W) ok. 533 x 328 x 265mm  | TAK               |                     |
| 8                  | POJEMNOŚĆ ok. 26l  | TAK               |                     |
| 9                  | Pobór mocy max. 1600W  | TAK               |                     |
| 10                 | ZAKRES PRACY OD 5°C POWYŻEJ TEMPERATURY OTOCZENIA DO 105°C   | TAK               |                     |
| 11                 | ŁAŹNIA NOWA, NIEUŻYWANA, ROK PRODUKCJI 2014  | TAK               |                     |
| 12                 | CENA OBEJMUJE: TRANSPORT, URUCHOMIENIE I PRZESzkOLENIE PERSONELU MEDYCZNEGO  | TAK               |                     |
| 13                 | ZAPEWNIENIE W RAMACH REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA PRZEGLĄDÓW W OKRESIE GWARANCJI, JEŻLI WYMAGANE PRZEZ PRODUCENTA  | TAK               |                     |
| 14                 | Gwarancja min.24 miesiące  | TAK               |                     |

.....  
podpis

**STOJAK DO KARDIOMONITORA FX 2000P - 1 szt.**

| Nazwa oferowanych stolików..... Rok produkcji..... |  |                   |                     |
|--|--|-------------------|---------------------|
| Typ..... Producent.....                            |  |                   |                     |
| I.p.   | Opis wymaganego parametru  | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
| 1  | Stojak wykonany ze stali nierdzewnej   | TAK               |                     |
| 2  | Na wyposażeniu pojemny koszyk na akcesoria oraz ergonomiczny uchwyt do prowadzenia stojaka.  | TAK               |                     |
| 3  | Posiadający wysoką stabilność dzięki odpowiedniej konstrukcji oraz rozłożeniu ciężaru na sześciu kołach- jezdny (podstawa w formie gwiazdy). | TAK               |                     |
| 4  | Możliwość zablokowania stojaka (blokada min. 2 z 6 kół)  | TAK               |                     |
| 5  | Wysokość stojaka od podstawy do półki: 110 cm z dopuszczalną różnicą +/-5 cm   | TAK               |                     |
| 6  | Półka wyposażona w dwa otwory do przykręcenia kardiomonitora FX 2000P  | TAK               |                     |
| 7  | Koła wykonane z materiału nierysującego powierzchni  | TAK               |                     |
| 8  | Stojak fabrycznie nowy, nieużywany   | TAK               |                     |
| 9  | Cena obejmuje: transport, uruchomienie oraz szkolenie personelu medycznego   | TAK               |                     |
| 10   | Gwarancja min.12 miesięcy  | TAK               |                     |

.....  
podpis

Parametry techniczne: **System ogrzewania pacjenta w technologii przewodnictwa cieplnego na IT zał 3.29a do SIWZ**

| Lp. | Opis parametrów technicznych  | Wymagana wartość / Parametr graniczny | Parametry oferowanego urządzenia (potwierdzić / podać / opisać) |
|-----|---|---------------------------------------|---|
| 1   | producent / nazwa / typ   | podać                                 |   |
| 2   | numer katalogowy produktu lub grupy   | podać                                 |   |
| 3   | produkt fabrycznie nowy, rok produkcji - 2014   | TAK                                   |   |
| 4   | system ogrzewania pacjenta w technologii przewodnictwa cieplnego tzw. „suche grzanie” – bez udziału wody, składający się z sterownika (modułu kontrolnego) i koca grzewczego połączonych ze sobą przewodem, nie wymagający stosowania materiałów zużywalnych jednorazowego użytku | TAK, opisać                           |   |
| 5   | warstwa grzewcza wykonana z elastycznych polimerów węglowych (wbudowany jeden czujnik temperatury)  | TAK, opisać                           |   |
| 6   | zewnątrzna warstwa koca nylonowa z poliuretanowym płaszczem, bezlateksowa, o gładkiej strukturze zapobiegającej wnikanii cieczy wewnątrz koca   | TAK, opisać                           |   |
| 7   | zasilanie koca prądem o niskim napięciu max. 24 [V], zgodnie z normami dotyczącymi urządzeń medycznych  | TAK                                   |   |
| 8   | szerokość koca  | od 115 do 125 [cm]                    |   |
| 9   | długość koca  | od 160 do 170 [cm]                    |   |
| 10  | kompaktowy sterownik o wadze poniżej 4,5 [kg], przystosowany do pracy z tylko jednym kocem, wyposażony w uchwyt umożliwiający mocowanie sterownika do standardowych stojaków na kroplówki   | TAK, opisać                           |   |
| 11  | komunikacja sterownika z użytkownikiem w języku polskim, informacja w formie komunikatów na wyświetlaczu sterownika o powstałych zdarzeniach (problemach w funkcjonowaniu systemu, awariach)  | TAK, opisać                           |   |
| 12  | automatyczne kontrola funkcjonowania systemu i alarmów przy każdym włączeniu, zakończona komunikatem na wyświetlaczu potwierdzającym poprawność działania sterownika i koca – tzw. „autotest”   | TAK, opisać                           |   |
| 13  | informacja tekstowa w formie komunikatów na wyświetlaczu o pojawiających się problemach, awariach, wskazująca rodzaj zdarzenia  | TAK, opisać                           |   |
| 14  | zabezpieczenie przed przegrzaniem, automatyczne wyłączenie systemu przy temperaturze powyżej 43 °C  | TAK                                   |   |
| 15  | alarmy dźwiękowe i wizualne   | TAK, opisać                           |   |
| 16  | przewód łączący sterownik z kocem, min. 4 [m], poziom ochrony IP61  | TAK, podać                            |   |
| 17  | pobór prądu przez system  | ≤ 150 [W]                             |   |
| 18  | wyświetlanie na wyświetlaczu sterownika zadanej temperatury   | TAK                                   |   |
| 19  | pamięć ostatnio ustawionej temperatury  | TAK                                   |   |
| 20  | zakres ustawień temperatury   | min. od 37 do 40°C                    |   |
| 21  | Skok regulacji temperatury  | Max.1,0°C                             |   |
| 22  | Gwarancja minimum 24 miesiące   | TAK, podać                            |   |
| 23  | W okresie gwarancji minimum dwa przeglądy- zgodnie z zaleceniami producenta   | TAK , podać                           |   |

.....  
podpis



## WYMAGANIA TECHNICZNE

## Okienko podawcze 2 szt.

| L.p. | Opis                | Parametry oferowane<br>(podać) |
|------|---------------------|--------------------------------|
| 1.   | Wykonawca/Producent |                                |
| 2.   | Nazwa-model/typ     |                                |
| 3.   | Kraj pochodzenia    |                                |
| 4.   | Rok produkcji       | 2014r. Nie powystawowe         |

| L.p. | PARAMETR / WARUNEK   | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia (podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu)<br><b>PODAĆ/OPISAĆ</b> |
|------|--|---|---|
| 1.   | Okienko podawcze 600x600x450   | TAK                                       |   |
| 2.   | Konstrukcja spawana z blachy stalowej lakierowanej proszkowo   | TAK                                       |   |
| 3.   | Zawiasy nawierzchniowe i pochwyty w wykonaniu higienicznym   | TAK                                       |   |
| 4.   | Uszczelnienie drzwi uszczelką z EPDM umieszczoną we wnęce drzwi  | TAK                                       |   |
| 5.   | pełna zgodność z wymogami GMP, GLP HACCP<br>gładkie, łatwe do utrzymania w czystości, obustronnie zlicowane powierzchnie | TAK                                       |   |
| 6.   | Mechaniczna blokada krzyżowa   | TAK                                       |   |
| 7.   | Kolor do wyboru z palety RAL   | TAK                                       |   |

**Gwarancja 36 miesięcy**

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski prowadzi:

.....

Wszystkie parametry/wymogi muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach w języku polskim

## Załącznik 3.31a do SIWZ

### Defibrylator 2 szt

| Lp.  | Opis parametrów wymaganych  | Parametr wymagany | Parametr oferowany: |
|--|---|-------------------|---------------------|
| <b>Parametry ogólne: Typ, model, producent - podać</b> |   |                   |                     |
| 1  | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym  | TAK               |                     |
| 2  | Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy, z akumulatorem i łóżkami twardeymi, nie większa niż 6,5 kg  | TAK, podać        |                     |
| 3  | Aparat odporny na zalanie wodą - min. klasa IPX1  | TAK, podać        |                     |
| 4  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (dotyczy również opisów na panelu sterowania, oraz wydawanych przez aparat komunikatów głosowych).   | TAK               |                     |
| 5  | Zasilanie akumulatorowe: wbudowany akumulator litowo-jonowy   | TAK               |                     |
| 6  | Zasilanie akumulatorowe - czas pracy na 1 akumulatorze: min. 200 minut ciągłego monitorowania EKG lub 140 defibrylacji z maksymalną energią.  | TAK, podać        |                     |
| 7  | Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności maksymalnie 4 godziny   | TAK, podać        |                     |
| 8  | Zasilacz sieciowy 230 V/50 Hz, integralny lub zewnętrzny moduł  | TAK               |                     |
| 9  | Temperatura pracy: min od 5 do +40°C  | TAK, podać        |                     |
| 10   | Funkcja codziennego autotestu, bez potrzeby włączania urządzenia, bez udziału Użytkownika, z wydrukiem potwierdzającym jego wykonanie, zawierającym: datę, numer seryjny aparatu, wynik testu | TAK, podać        |                     |
| <b>Defibrylacja:</b>                                   |   |                   |                     |
| 1  | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa   | TAK               |                     |
| 2  | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna   | TAK               |                     |
| 3  | Możliwość wykonania kardiowersji  | TAK               |                     |
| 4  | Energia defibrylacji w zakresie min. 5-360J   | TAK, podać        |                     |
| 5  | Dostępne minimum 24 różne poziomy energii defibrylacji  | TAK, podać        |                     |
| 6  | Defibrylacja półautomatyczna, możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min w przedziale od: 150 do 360 J  | TAK, podać        |                     |
| 7  | Ładowanie i wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łóżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu   | TAK               |                     |
| 8  | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych – zintegrowane łóżki dla dorosłych /pediatryczne  | TAK               |                     |
| 9  | Czas ładowania do energii 360J: maksymalnie 7 sekund  | TAK, podać        |                     |
| <b>Rejestracja</b>                                     |   |                   |                     |
| 1  | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 5,5" o wysokim kontraście  | TAK, podać        |                     |
| 2  | Możliwość wyświetlenia min.: 2 krzywych dynamicznych jednocześnie   | TAK, podać        |                     |
| 3  | Wbudowany rejestrator termiczny na papier o szerokości min. 50 mm   | TAK               |                     |
| 4  | Szybkość wydruku: 25 mm/sek; 50 mm/ sek.  | TAK               |                     |
| <b>Monitorowanie EKG</b>                               |   |                   |                     |
| 1  | Monitorowanie EKG z 3 odprowadzeń   | TAK, podać        |                     |
| 2  | Wzmocnienie sygnału EKG na siedmiu poziomach: 0,25; 0,5; 1,0; 1,5; 2,5; 3,0; 4,0 cm/mV  | TAK, podać        |                     |
| 3  | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 20-300 /min   | TAK, podać        |                     |
| 4  | Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora   | TAK               |                     |
| <b>Wyposażenie</b>                                     |   |                   |                     |

|                          |   |            |  |
|--------------------------|---|------------|--|
| 1                        | Kabel EKG 3 odprowadzeniowy   | TAK        |  |
| 2                        | Łyżki twarde dla dorosłych/pediatryczne zintegrowane  | TAK        |  |
| 3                        | Kabel do stymulacji przeskrónej   | TAK        |  |
| 4                        | 1 komplet elektrod do defibrylacji/stymulacji   | TAK        |  |
| <b>Warunki gwarancji</b> |   |            |  |
| 1                        | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.              | TAK        |  |
| 2                        | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą   | TAK        |  |
| 3                        | Sprzęt fabrycznie nowy, nie powystawowy, rok produkcji: 2014, gwarancja minimum 36 miesięcy                       | TAK, podać |  |
| 4                        | Przeglądy zgodnie z instrukcją obsługi, w okresie gwarancji objęte przedmiotem zamówienia                         | TAK        |  |
| 5                        | Autoryzowany serwis na terenie Polski.  | TAK, podać |  |
| 6                        | Zagwarantowanie dostępność serwisu, oprogramowania i części zamiennych, przez co najmniej 10 lat od daty dostawy. | TAK, podać |  |
| 7                        | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi  | TAK        |  |